



Ricerca anticorpi IgG - IgM SARS-CoV-2 (COVID-19)

Scheda di valutazione iniziale

(In caso di test positivo - supervisione medica)

NEI 14 GIORNI PRECEDENTI

È stato all'estero?

- NO
- SI: Indicare lo Stato _____ Data Inizio _____ Data Rientro _____
- NON RICORDO

È stato in altre regioni italiane?

- NO
- SI: Indicare la regione _____ Data Inizio _____ Data Rientro _____
- NON RICORDO

Ha avuto contatti con casi accertati COVID-19?

(Per contatti si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore a un metro di durata superiore a 15 minuti)

- NO
- SI

Ha avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone?

- NO
- SI

È stato in contatto con persone sottoposte a quarantena?

- NO
- SI

È stato in contatto con persone rientrate da poco dall'estero o da altre regioni?

- NO
- SI



Ha avuto contatti con persone con:

- | Tosse | Dolori muscolari | Difficoltà respiratorie |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI |

Se ha risposto SI a uno dei precedenti quesiti sui contatti

- | È un familiare convivente | È un collega di lavoro | Siete stati a contatto in ambiente conviviale (palestra, ristorante, pub, bar, feste private, altro) |
|----------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SI |

Ha dovuto accedere a una struttura sanitaria?

- NO
- SI
- PER QUANTO TEMPO _____

Ambulatorio / Casa della salute?

- NO
- SI
- PER QUANTO TEMPO _____

Studio del MMG o PLS?

- NO
- SI
- PER QUANTO TEMPO _____

Altre strutture?

- NO
- SI
- PER QUANTO TEMPO _____



È stato ricoverato per COVID-19?

- NO
- SI

Ha problemi di salute?

- NO
- SI

Al momento ha:

Tosse	Dolori muscolari	Difficoltà respiratorie	Vomito	Diarrea
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI

Ha fatto il vaccino per l'influenza?

- NO
- SI

Ha fatto il vaccino per la polmonite?

- NO
- SI

Roma, ____/____/____

Firma della **Persona (o paziente)** che compila il questionario _____

Nominativo di **chi effettua l'accettazione** _____

Firma del **Medico** che ha visionato il questionario _____